

**РЕКЛАМАЦИЯ № \_\_\_\_\_**

Название организации \_\_\_\_\_  
 Направляет на экспертизу в « \_\_\_\_\_ »

Номер накладной и счет-фактуры с датами, по которым получен товар \_\_\_\_\_

ФИО врача \_\_\_\_\_  
 Наименование линзы \_\_\_\_\_  
 Параметры (диоптрийность, радиус, цвет) \_\_\_\_\_

Лот \_\_\_\_\_  
 Срок годности \_\_\_\_\_

**Дефект обнаружен (необходимо подчеркнуть):**

- при вскрытии блистера (флакона) в кабинете врачом \_\_\_\_\_
- при вскрытии блистера (флакона) пациентом \_\_\_\_\_
- после ношения линзы пациентом в течении \_\_\_\_\_
- после надевания линзы, ранее вскрытой и хранимой в кабинете в течении \_\_\_\_\_
- другое (описать подробно) \_\_\_\_\_

**Описание дефекта, локализацию и возможную форму предполагаемого дефекта (необходимо подчеркнуть):**

- разрыв (линейный, неправильной формы, клапанный и др.) \_\_\_\_\_
- включения в материал линзы (цвет, характер) \_\_\_\_\_
- нарушение прозрачности линзы \_\_\_\_\_
- несоответствие диоптрийности \_\_\_\_\_
- стойкий дискомфорт, ощущаемый пациентом при отсутствии видимых дефектов линзы и исчезающий при надевании пациенту другой идентичной линзы \_\_\_\_\_
- другое (описать подробно) \_\_\_\_\_

Применявшаяся система ухода за МКЛ \_\_\_\_\_  
 Линзы, которые пациент носил ранее \_\_\_\_\_

**Принимаются линзы только с оригинальной упаковкой, при обязательном  
 заполнении всех пунктов бланка**

Врач \_\_\_\_\_ \ \_\_\_\_\_ \

Руководитель \_\_\_\_\_ \ \_\_\_\_\_ \

МП \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

\_\_\_\_\_ сектор ниже заполняется Поставщиком \_\_\_\_\_

Рекламацию и линзы получил: \_\_\_\_\_  
 Подпись \_\_\_\_\_ расшифровка подписи \_\_\_\_\_

Дата получения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Л.Е. Алексева \_\_\_\_\_  
 МП \_\_\_\_\_ МП \_\_\_\_\_

**Заключение**

ОБРАЗЕЦ

МП \_\_\_\_\_ Л.Е. Алексеева

МП \_\_\_\_\_